

Jaarverslag 2017

Stichting Rijnlands Revalidatie Centrum



Inhoudsopgave

1	Profiel van de organisatie	3
1.1	Doelstelling van de instelling	3
1.2	Kernactiviteiten en nadere typering	3
1.3	Juridische structuur van de organisatie	4
1.4	Interne organisatiestructuur en personele bezetting	4
1.5	Belanghebbenden en samenwerking	6
2	Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering	9
2.1	Zorgbrede Governance Code	9
2.2	Risico's	9
2.3	Toekomstig beleid	10
2.4	Cliëntenraad	12
2.5	Ondernemingsraad	12
2.6	Medische staf	13
2.7	Verslag Raad van Toezicht	18
3	Algemeen beleid	22
3.1	RRC-breed beleid	22
3.2	Realisatie beleid organisatieonderdelen	23
4	Personeelsbeleid	26
5	Financieel beleid	27
	Bijlage 1: Wetenschappelijk publicaties en presentaties in 2017	30

1 Profiel van de organisatie

1.1 Doelstelling van de instelling

In de missie van het Rijnlands Revalidatie Centrum (RRC) staat verwoord dat mensen met een dreigende of bestaande beperking worden ondersteund om zo goed mogelijk te participeren in de maatschappij. Dit wordt verder uitgewerkt in onze kernideologie:

- Mensen helpen zichzelf weer te helpen.
Dat is onze kernopdracht. Wij leveren onze eigen bijdrage aan het welbevinden van onze patiënten.
- Eigen regie, want mensen moeten zelf kunnen beslissen hoe hun leven eruit ziet. Want wij waarderen iedere mens in zijn eigenheid. Maar niet: u vraagt wij draaien.
- Wij weten veel, maar niet alles. Samen met de patiënt, collega's, vakgenoten en andere instellingen bereiken we meer. Nu concurrentie in de zorg zijn beslag krijgt, is het van nog groter belang om als zorgverleners te blijven samenwerken. Ook al maakt het ons misschien kwetsbaar, wij geloven erin dat de zorg verbetert als er goed samengewerkt wordt tussen instellingen. Dit is het belang van de patiënt.
- Wij hebben een sterke drive om te willen verbeteren en te leren. Alleen als onze expertise op topniveau is, kunnen we de patiënt het beste bieden.

Het RRC streeft de komende jaren de volgende doelstellingen na:

1. We concentreren ons op complexe zorg
2. We kiezen een herkenbare positie in de keten
3. Onze behandeling is doelmatig
4. We ontwikkelen ons verder tot expertcentrum voor revalidatiegeneeskunde

Om de strategische doelstellingen handen en voeten te geven, heeft het RRC met een programmatische aanpak de diverse doelstellingen uitgewerkt en daar concrete acties aan verbonden.

1.2 Kernactiviteiten en nadere typering

Het RRC verzorgt als kernactiviteit de revalidatiegeneeskundige behandeling van complexe problematiek van het bewegingsapparaat. Er wordt onderscheid gemaakt tussen de diverse doelgroepen. Het gaat hierbij om:

- Centraal neurologische aandoeningen
- Orthopedisch / traumatologische aandoeningen
- Hart- en longaandoeningen
- Aangeboren en verworven aandoeningen bij kinderen

De doelgroepen worden multidisciplinair behandeld, waarbij de volgende disciplines betrokken kunnen zijn:

- Revalidatiearts
- Cardioloog
- Longarts
- Internist
- Psychiater
- Arts-assistenten
- Fysiotherapeut
- Hydrotherapeut
- Manueel therapeut
- Ergotherapeut
- Logopedist
- Maatschappelijk werk
- Klinisch linguïst
- (Ortho)pedagoog
- (Neuro)psycholoog
- Bewegingsagoog
- Seksuoloog
- Functieassistenten
- Diëtist
- Psychodiagnostisch medewerker
- Pedagogisch begeleider
- Rolstoeltechnicus
- Activiteitenbegeleider
- Teamassistent
- Verpleegkundige
- Ziekenverzorgende

Revalidatiegeneeskundige behandeling wordt gegeven op de locatie in Leiden waar sprake is van een klinische en poliklinische functie. Op de locatie in het Alrijne Ziekenhuis in Alphen aan de Rijn is alleen sprake van een poliklinische functie. Het Rijnlands Revalidatie Centrum werkt rondom de gezamenlijke doelgroep kinderen nauw samen met de mytyschool de Thermiek. Deze school is gesitueerd naast het revalidatiecentrum en is door middel van een corridor met het RRC verbonden.

1.3 Juridische structuur van de organisatie

De rechtsvorm van het Rijnlands Revalidatie Centrum is een stichting. Zij heeft in het kader van de WTZi, een toelating voor revalidatie en heeft als werkgebied de regio Zuid-Holland Noord.

De stichting Rijnlands Preventie en Nazorg Centrum voert geen activiteiten meer uit is in 2017 geliquideerd.

Het Rijnlands Revalidatie Centrum hanteert het Raad van Toezichtmodel en heeft de medezeggenschap vorm gegeven door middel van een Ondernemingsraad voor de medewerkers en een Cliëntenraad voor de patiënten. Daarnaast fungeren het MT en de Medische Staf als adviesorganen voor het bestuur.

1.4 Interne organisatiestructuur en personele bezetting

Het Rijnlands Revalidatie Centrum kent naast de Raad van Bestuur een managementteam dat beleidsvoorbereidend en adviserend is.

De Raad van Bestuur bestaat per balansdatum uit de heren F.A. van den Broek d'Obrenan MHA (voorzitter) en drs. W. Wiegersma (lid). De voorzitter had in 2017 de volgende nevenfuncties:

Voorzitter Transmuraal Netwerk Zuid-Holland Noord
 Lid bestuurscommissie Sturing Bouw en Financiering Revalidatie Nederland
 Voorzitter Werkgroep bekostiging Medisch Specialistische Revalidatie van RN
 Lid Landelijk Multidisciplinair Overleg Hartrevalidatie namens Revalidatie Nederland
 Lid Vooroverleg Kinderrevalidatie RN/VRA
 Lid bestuur LOOK (Landelijk Overleg Onderwijs & Kinderrevalidatie namens RN
 Secretaris Stichting Vrienden van het RRC
 Vicevoorzitter Xenia Hospice voor Jongeren en Jong Volwassenen

De heer Wiegersma had in het verslagjaar geen nevenfuncties

Voor de salariering wordt verwezen naar datgene wat in de jaarrekening is opgenomen.

Per balansdatum bestond het managementteam uit de volgende leden:

De heer J. van Abswoude	sectormanager kinderrevalidatie
De heer F.A. van den Broek d'Obrenan	MHA Raad van Bestuur
Mevrouw S. Coens	sectormanager Volwassenenrevalidatie I
De heer J.W.J. Delsink	manager bedrijfsvoering
Mevrouw dr. P.Goosens, revalidatiearts	medisch directeur
Mevrouw J.J. Surie	sectormanager Volwassenenrevalidatie II
Mevrouw drs. ir. F. van Vree	manager kenniscentrum

Ook de medische staf heeft een adviesfunctie ten aanzien van de Raad van Bestuur. Per balansdatum bestond de medische staf uit de volgende leden:

De heer drs. S. Severijnen	revalidatiearts	voorzitter
Mevrouw drs. W.F. van Zomeren	revalidatiearts	secretaris
Mevrouw dr. J.J. Abbink	longarts	lid
Mevrouw drs. M. Ellenbroek-Hardenberg	revalidatiearts	lid
De heer drs. H.J. van Exel	cardioloog	lid
Mevrouw dr. P. H. Goossens	revalidatiearts	lid
Mevrouw drs. C. Hofman	revalidatiearts	lid
De heer drs. J.R. van Ingen	revalidatiearts	lid
Mevrouw. drs. J.M. van der Krogt	revalidatiearts	lid
Mevrouw drs. M.S. van Lis	revalidatiearts	lid
Mevrouw dr. D. Oosterveer	revalidatiearts	lid
Mevrouw drs. V.V. Valkenburg	revalidatiearts	lid
Mevrouw drs. H. Veldt	revalidatiearts	lid
De heer drs. H.J. van Wageningen	revalidatiearts	lid
Mevrouw drs. N.J.C. van Warmenhoven	revalidatiearts	lid
Mevrouw drs. M.S. van Wijlen-Hempel	revalidatiearts	lid
De heer dr. S. Schiemanck	LUMC	toehoorder
De heer dr. D. Steenbeek	LUMC	toehoorder
Mevrouw drs. J. Ravensberg	arts longrevalidatie,	toehoorder
De heer dr. J. de Groot	onderzoekscoördinator	toehoorder
Mevrouw prof. dr. T.P.M. Vliet Vlieland	onderzoeksadviseur	toehoorder

De oudste AIOS neemt deel aan de vergaderingen als toehoorder.

De Raad van Bestuur is formeel buitengewoon lid van de medische staf.

Daarnaast zijn er de wettelijke adviesorganen Ondernemingsraad en Cliëntenraad. Deze zijn als volgt samengesteld:

Ondernemingsraad:

Mevrouw W. Busbroek	voorzitter
Mevrouw M. Knetsch	Financiële Commissie
De heer M. van der Borden	PR-commissie
Mevrouw A. Maas	Commissie Sociaal beleid
Mevrouw W. Molenaar	vice-voorzitter
Mevrouw N. Woudstra	Commissie Sociaal beleid
Mevrouw H. Ouwehand	lid
Mevrouw T. Turenhout	VGWM-commissie
Mevrouw D. van Vliet	VGWM-commissie
De heer H. van den Berg	ambtelijk secretaris

Samenstelling Cliëntenraad per eind 2017:

De heer B. de Wolf	voorzitter
De heer Th. Van den Aardweg	secretaris
De heer drs. H. Vissers	lid
De heer L. Sassen	lid
Mw. A. van Dishoeck	ambtelijk secretaris

Voorts hebben mevrouw E. van Boven, de heer A.C.B. Peters en de heer A. van Splunter de Cliëntenraad in 2017 verlaten.

De verslagen van de Ondernemingsraad en de Cliëntenraad zijn als bijlage aan het jaarverslag toegevoegd.

Het aantal personeelsleden in loondienst exclusief medisch specialisten, stagiaires en vrijwilligers) bedroeg per einde verslagjaar 370 (2016: 364) en het aantal daaraan gerelateerde FTE 256,12 (2016: 252,0). Het aantal medisch specialisten (zowel in loondienst als van derden betrokken) bedroeg 17 (2016: 18) en het aantal daaraan gerelateerde FTE 12,18 (2016: 12,9)

1.5 Belanghebbenden en samenwerking

Ziekenhuizen

Het RRC werkt nauw samen met de omliggende ziekenhuizen. Met het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en Sophia Revalidatie is een academiseringsovereenkomst opgesteld in het kader van het vormgeven van de gezamenlijke opleiding tot revalidatiearts binnen het OOR Leiden. Daarnaast vinden de meeste eerste consulten revalidatie plaats in het LUMC en is er een gezamenlijke medische staf geformeerd.

Tussen het Alrijne Ziekenhuis en het RRC bestaat een intensieve samenwerking. Deze samenwerking richt zich op de samenwerking met verschillende specialismen zoals de neurologie, orthopedie, cardiologie en longziekten. Verder verzorgen de gedetacheerde

revalidatieartsen consulten in het ziekenhuis en is lidmaatschap van de medische staf van het ziekenhuis geformaliseerd. Een samenwerkingsovereenkomst is in voorbereiding.

Verpleeghuizen

In 2011 is een samenwerkingsovereenkomst gesloten met Topaz, een organisatie in de ouderenzorg in Zuid-Holland Noord. De samenwerking is gericht op het kosteneffectief verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de patiënten van het RRC en van Topaz. Patiënten die geïndiceerd zijn voor medisch specialistische revalidatie krijgen de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats. Dit waar nodig op basis van een helder en logisch triageproces met duidelijke taken en verantwoordelijkheden van betrokkenen. Op basis van de ervaringen uit 2014 is met Topaz verkend op welke andere wijze beide organisaties zouden kunnen komen tot kennisuitwisseling. In eerste instantie is gekozen voor het uitwisselen van personeel, alvorens te onderzoeken of het opnieuw afnemen van bedden bij Topaz ten behoeve van patiënten van het RRC een optie is.

Ook met alle andere verpleeghuizen in de regio (Marente, Alrijne locatie Leytenrode en Oudshoorn) bestaat een samenwerking op het gebied van de consultfunctie van de revalidatiearts.

Mytylschool De Thermiek

Mytylschool de Thermiek is aan het revalidatiecentrum met een corridor verbonden. Dit is een regionaal werkende school voor lichamelijk/meervoudig gehandicapte kinderen. De school maakt onderdeel uit van de Stichting Speciaal Onderwijs Leiden (SSOL). Alle kinderen die voor therapeutische interventies in aanmerking komen worden door medewerkers van de afdeling schoolgaande jeugd van het RRC behandeld.

Met een aantal kinderdagcentra wordt intensief samengewerkt, waarbij de kinderrevalidatie arts de consultfunctie verzorgt. De Stichting Speciaal Onderwijs Leiden heeft het voornemen te fuseren met de Stichting Responz, die een aantal scholen voor speciaal onderwijs in de regio Den Haag en omstreken onder haar hoede heeft.

Zorgverzekeraars

Voor 2017 zijn met de afzonderlijke verzekeraars zogenaamde DOT afspraken in het kader van de prestatiebekostiging overeengekomen. Deze afspraken zijn gebaseerd op de gerealiseerde productie in 2016. In het kader van de bestuurlijke fusie tussen Sophia Revalidatie en RRC per 1 oktober 2017, zijn de productieafspraken met verzekeraars voor 2018 in gezamenlijkheid opgesteld.

Transmuralis

Tenslotte is mede op initiatief van het RRC een transmuraal netwerk opgericht in de regio Zuid Holland Noord. Transmuralis is het samenwerkingsverband tussen verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, ziekenhuizen, revalidatiezorg, GGZ en huisartsen.

Transmuralis bevordert de kwaliteit en regionale samenhang in de zorg. Doel is de knelpunten op te lossen die door patiënten, zorgprofessionals en managers worden ervaren. De juiste zorg op de juiste plaats en tijd, geleverd door de juiste zorgverlener is daarbij het uitgangspunt.

In 2017 heeft het Algemeen Bestuur van Transmuralis besloten om bestuurders van de participanten meer te betrekken bij de projecten die bij Transmuralis zijn ondergebracht.

Daarbij is het CVA project belegd bij de bestuurder van het RRC. Voor de resultaten van Transmuralis wordt verwezen naar de website van Transmuralis (Transmuralis.nl).

2 Bestuur, toezicht en bedrijfsvoering

2.1 Zorgbrede Governance Code

Het RRC hanteert de uitgangspunten zoals benoemd in de nota Zorgbrede Governance-code. (2010) Met ingang van 2017 is een aangepaste Governancecode voor de Zorg van toepassing. Gezien de voorgenomen intensivering van de samenwerking met Sophia Revalidatie hebben beide Raden van Bestuur in overleg met beide toezichthouders besloten, de Zorgbrede Governancecode 2017 van toepassing te laten zijn op de gefuseerde organisatie. In 2017 zijn derhalve voor het RRC op dit dossier geen specifieke wijzigingen doorgevoerd.

Uitgangspunt is dat het Rijnlands Revalidatie Centrum een maatschappelijke onderneming is met als hoofddoelstelling het leveren van verantwoorde zorg. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan: patiëntgerichte, veilige en betaalbare zorg die geleverd wordt via een doelmatige en transparante bedrijfsvoering.

Het Rijnlands Revalidatie Centrum voert als maatschappelijke onderneming een actief beleid voor de dialoog met de samenwerkingsverbanden of organisaties die rechtstreeks bij het beleid en de maatschappelijke doelstelling betrokken zijn.

2.2 Risico's

Zoals in het verslag over 2016 is weergegeven, heeft de stelselwijziging van de financiering in de Medisch Specialistische Revalidatie zijn effecten gehad op de bedrijfsvoering. De in het kader van de reorganisatie in gang gezette maatregelen zijn in stand gebleven en daar waar nodig aangescherpt. Ook ten aanzien van de monitoring van de omzet is de BI-tool in 2017 verder geoptimaliseerd.

Medewerkers lijken de nieuwe werkwijze meer "eigen" te hebben gemaakt. Het mogelijk risico dat de nieuwe werkwijze ook gevolgen zou hebben voor de kwaliteit van de patiëntenzorg, is niet hard te maken. Uit de structureel uitgevoerde enquêtes over patiënttevredenheid is gebleken dat de tevredenheid, ondanks de maatregelen zelfs is toegenomen. Het blijft echter van belang om in dit kader te zoeken naar de juiste balans tussen enerzijds financiële afwegingen en anderzijds kwalitatieve aspecten alsmede het gemotiveerd houden van personeel.

Ondanks de optimalisatie van de BI-tool heeft het RRC toch niet kunnen voorkomen dat bij enkele verzekeraars sprake is geweest van een overschrijding van de afgesproken zorgplafonds. Ook in 2017 hebben de afspraken met verzekeraars over het omzetplafond ertoe geleid dat bij enkele verzekeraars het plafond is overschreden. In 2017 ging dat om een totaalbedrag van circa € 530K. Dit is een substantieel bedrag ten opzichte van de totale omzet en betrof voor een bedrag van € 330K bij één verzekeraar. Naar aanleiding hiervan is in de afspraken voor 2018 wel een toename van de productie toegestaan en zijn met de meeste verzekeraars ook afspraken gemaakt, mocht de omzet in 2018 leiden tot overschrijdingen. Niettemin blijft het risico bestaan dat bij dreigende overschrijdingen van zorgplafonds ofwel het RRC voor eigen rekening patiënten moet behandelen, dan wel moet besluiten om patiënten van de betreffende verzekeraar op een wachtlijst te plaatsen. Vanuit de

optiek van het RRC leidt dit tot een onwenselijke situatie. Temeer daar sommige verzekeraars in hun inkoopvoorwaarden een doorleverplicht hebben opgenomen.

Zoals ook in het vorig jaarverslag is aangegeven is de NZa in 2015 in overleg met het Zorgverzekeraars Nederland, Revalidatie Nederland (RN) en de VRA, een landelijk traject gestart om meer medisch herkenbare revalidatie DBC's te ontwikkelen. Dit project heeft een looptijd tot 2019. Inmiddels is er door vrijwel alle centra in deze nieuwe methodiek geregistreerd en zijn modules geïndiceerd. Het RRC heeft in samenspraak met de Medisch Specialisten onder leiding van een projectleider stevig ingezet op dit traject. Dit heeft ook geresulteerd in een goede beoordeling door een extern bureau dat door RN is ingeschakeld om de voortgang van dit project te monitoren. Ook in 2017 bleek de registratie en indicering landelijk nog niet te hebben geleid tot voldoende producthomogeniteit. Deze producthomogeniteit is van belang om goede kostprijzen te kunnen vaststellen. Voor zover per balansdatum kon worden voorzien zou de invoeringsdatum niet eerder dan 1 januari 2020 kunnen plaatsvinden. Inmiddels is bekend geworden dat de NZa besloten heeft op basis van de registraties de introductie van de nieuwe financieringsstructuur van de MSR uit te stellen tot 2021.

Daarbij speelt mee dat de Geriatrische Revalidatie de afgelopen jaren zich sterk heeft ontwikkeld. Een deel van de revalidatie patiëntenpopulatie bevindt zich in het "grijze" gebied tussen de Medisch Specialistische Revalidatie en de Geriatrische Revalidatie. Ook de ontwikkeling van ZBC's op specifieke terreinen als de pijnrevalidatie en geprotocolleerde MSR, en de wens van verzekeraars om meer volgens de principes van stepped care in de eerste lijn te willen behandelen, leiden tot strategische vraagstukken over de positionering van de Medisch Specialistische Revalidatie.

Dit heeft recent geleid tot een aantal juridische procedures tussen ZBC's en verzekeraars over de rechtmatigheid van de declaraties rond pijnpatiënten. Daarbij is ook binnen Revalidatie Nederland de discussie ontstaan of de werkwijze van de ZBC's wel past binnen die van de MSR. Het is zowel opvallend dat de omzet van sommige ZBC's de afgelopen jaren sterker is gegroeid dan die van de revalidatiecentra, als dat de aan de ZBC's verbonden formatie revalidatieartsen in relatie tot de omzet ver achterblijft bij die van de centra.

2.3 Toekomstig beleid

De hierboven geschetste risico's zijn in beperkte mate beïnvloedbaar door het RRC. De ingrijpende maatregelen die in 2015 zijn getroffen om de financiële positie van het RRC weer op orde te brengen, hebben een positief resultaat opgeleverd. In 2017 zijn de genomen maatregelen verder verbeterd. Dit heeft mede geleid tot het positieve exploitatieresultaat over 2017. Het in 2015 ingezette herstel lijkt daarmee structureel geborgd.

Ook voor 2017 heeft de Raad van Bestuur besloten om de projecten vanuit het strategisch beleidsplan te continueren. Daarbij is de keus gemaakt om die projecten te prioriteren die een relatie hebben met het verbeteren van de financiële positie van het RRC. Zo is specifiek aandacht besteed aan de zichtbaarheid van de Medisch Specialisten in de ziekenhuizen in het licht van de positie van de revalidatie in de keten. Ook is specifiek aandacht besteed aan het verbeteren van doelmatigheid van onze behandeling. Tenslotte heeft de Raad van Bestuur besloten ook in 2017 de activiteiten van het Kenniscentrum te blijven

ondersteunen, omdat het past bij de visie dat het RRC “expert in de MSR” te willen zijn en blijven. Dat vraagt een voortdurende aandacht voor innovatie, kennisontwikkeling en borging. In dat kader is ook geïnvesteerd in e-revalidatie (e-Health) in samenwerking met een aantal collega instellingen uit het land.

In principe is deze lijn in 2017 voortgezet. Ondanks dat de looptijd van het strategisch beleidsplan is verstreken, heeft de Raad van Bestuur in het licht van de fusie met Sophia Revalidatie besloten op dit moment geen energie te steken in een volgend strategisch beleidsplan. Dit zal door de nieuwe organisatie worden opgepakt.

Fusie

Direct na het voorgenomen besluit om bestuurlijk te gaan fuseren, eind 2016, is gestart met het verkrijgen van goedkeuring van achtereenvolgens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM). Nadat op 30 augustus ook de ACM besloot dat er gefuseerd mocht worden is per 1 oktober de bestuurlijke fusie gerealiseerd. Het voornemen bestaat om een vervolgstap te zetten door juridisch te fuseren. Door deze samensmelting van Sophia Revalidatie en Rijnlands Revalidatie Centrum ontstaat een nieuwe organisatie voor revalidatiezorg. De fusie is geen doel op zichzelf, maar een middel om uiteindelijk duurzame meerwaarde voor patiënten, verwijzers, medewerkers en financiers te realiseren. Doorgaan op de ingeslagen wegen van beide bestaande revalidatiecentra is geen realistische optie voor de geïntegreerde, nieuwe organisatie.

Om de fusie te laten slagen is het noodzakelijk om een nieuwe identiteit met bijbehorende missie, visie en kernwaarden te formuleren. Mede om deze reden is de juridische fusiedatum gesteld op 1 januari 2019, waarbij de ondersteunende diensten al in de loop van 2018 zullen integreren, zodat de integratie van de zorgeenheden optimaal gefaciliteerd kan worden. Ten behoeve van de uitvoering hiervan is op 1 oktober een nieuwe start gemaakt met de uitvoering van het fusieprogramma onder leiding van een projectmanager Fusie. In het tweede kwartaal van 2017 is een aanvang gemaakt met de ontwikkeling van een missie en visie, besturingsfilosofie en organisatie inrichting. Dit proces van het ontwikkelen van de nieuwe organisatie wordt zo veel als mogelijk interactief vormgegeven. Vanuit beide revalidatiecentra leveren de medische staven, de ondernemingsraden, de cliëntenraden en beide managementteams belangrijke input. De eerste resultaten hiervan zijn begin 2018 opgeleverd.

Raad van Bestuur

Met ingang van 1 oktober 2017 is de heer Frans van den Broek d’Obrenan, toegetreden tot de Raad van Bestuur van Sophia Revalidatie en als voorzitter door de Raad van Toezicht benoemd. Tegelijkertijd is de heer Willem Wieggersma toegetreden tot de Raad van Bestuur van RRC. Informatie over beloning is opgenomen in de jaarrekening.

2.4 Cliëntenraad

De Cliëntenraad heeft positief geadviseerd over de volgende zaken:

1. Aanstelling nieuwe klachtenbemiddelaar.
2. Vernieuwde klachtenregeling o.b.v. de nieuwe Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg.
3. In gebruik name Stilteruimte en realisatie 42^e bed op de kliniek.

Verder heeft het RRC de Cliëntenraad betrokken bij de volgende projecten / onderwerpen: deelname aan veiligheidsronden, Patiëntgerichtheid, en strategisch beleid. De raad ontvangt structureel informatie over de meldingen (MIP-jaarverslag), klachten en uitkomsten patiënttevredenheid. Verder is de raad toevoerder in de stuurgroep Strategisch Beleid (naast ook de Ondernemingsraad). Daarnaast heeft de CR gesproken met de auditoren voor het veiligheids- en kwaliteitscertificaat (VMS en HKZ) en is de raad aanwezig bij de huiskamergesprekken met kliniek patiënten.

Aandachtspunten voor 2017 zijn: verbetering mogelijkheden voor nazorg aan patiënten, ledenwerving om zo breed mogelijke afvaardiging te hebben, fusie met Sophia Revalidatie, aandacht voor patiënten met migratieachtergrond en uitwerking patiëntgerichtheid.

De Cliëntenraad heeft verslag gedaan van haar activiteiten aan de Raad van Bestuur. Dit jaarverslag is als bijlage bijgevoegd.

2.5 Ondernemingsraad

Hieronder een kort overzicht van de adviezen van de Ondernemingsraad. In het jaarverslag van de OR (bijlage bij dit jaarverslag) staat een toelichting op de gegeven adviezen.

De OR heeft in 2017 ingestemd met de onderstaande regelingen:

1. Geactualiseerde Kaderregeling werkoverleg
2. Opleidingsjaarplan RRC 2017
3. Aangepast reglement verzuim & re-integratie
4. Addendum bij het opleidingsbegeleidingsplan

Over de volgende zaken heeft de OR advies uitgebracht:

1. Verkenning integratie 2e lijns Medisch Specialistische Revalidatiezorg en 1e lijns Paramedische Revalidatiezorg cq nabehandeling
2. Aanstellen manager HRM en manager I&A.

Daarnaast heeft de OR een initiatiefvoorstel over Mindfulness voor medewerkers ingediend. Dit voorstel is door de RvB overgenomen en in de uitvoering gefaciliteerd.

De Raad van Bestuur heeft de volgende informatie aan de OR gestuurd:

- Begroting 2017
- Jaarverslag kwaliteitsimpuls 2015 en 2016; verantwoording besteding subsidie in kader van opleidingsjaarplan 2015

- Brief over de door de Nederlandse Zorgautoriteit verleende goedkeuring op de bestuurlijke fusie
- Jaarverslag MIP 2016
- Reglement Individueel Functioneren Medisch Specialisten RRC plus toelichting
- Reglement Mogelijk Disfunctioneren Medisch Specialist RRC plus toelichting
- Informatienota Jaargesprekken
- Jaarrekening RRC 2016
- Brief over de werking van het Personeelbegeleidingsplan
- Kaderbrief 2018
- Informatienota uitstel project ondersteuningsteams plus doorvoer bezuiniging op Medisch Secretariaat
- Uitkomsten evaluatie Bedrijfsarts

2.6 Medische staf

De Medische Staf stelt zich ten doel om – door en onder gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van haar leden – een kwalitatief goede medisch specialistische zorg aan de patiënten te bevorderen en de belangen van haar leden te behartigen ten aanzien van uitgangspunten en algemene regelingen op gebied van kwaliteit en veiligheid.

Activiteiten in 2017

Patiëntenzorg

Een medisch beleidsplan door de medische staf is gemaakt om een goede basis te leggen voor een uiteindelijk gezamenlijk medisch beleidsplan met Sophia Revalidatie. Het idee van een 1.5-lijns praktijk is in grote lijnen uitgewerkt. De behandelprogramma's Astma, NMA volwassenen, Vroegbehandeling en KOLK zijn opgesteld en goedgekeurd. Er is door de kinderrevalidatieartsen geïnvesteerd in contacten met het netwerk. Zo vond o.a. een informatiebijeenkomst plaats over de nieuw module belasting en belastbaarheid (een product van ontwikkeling thematische zorg). Daarnaast werd in dat kader ook een module plannen en organiseren ontwikkeld. De diagnostische mogelijkheden van het gebruik van de loopband bij een gangbeeldanalyse zijn verder door ontwikkeld.

Onderwijs en wetenschap

Het regionale opleidingsplan voor de opleiding tot revalidatiearts is tot stand gekomen en eind 2017 liep een pilot Entrustable Professional Activities (EPA's). Zie ook het jaarverslag COC.

Het bezoek van de tweedejaars geneeskundestudenten aan het Rijnlands Revalidatie Centrum liep succesvol en meerdere geneeskundestudenten liepen een dag mee met een van de revalidatieartsen of deden een stage.

Er waren verschillende wetenschappelijke onderzoeken waar stafleden in participeren, zoals:

- SCORE: Stroke Cohort Outcome REhabilitation, Multicenter cohortonderzoek naar inhoud en uitkomsten van CVA-revalidatie en naar maatschappelijke participatie, zorggebruik en welzijn op lange termijn

- Fast@Home: Ontwikkeling van en onderzoek naar een digitale revalidatie (thuis) omgeving voor CVA-patiënten
- ZuPER : Onderzoek naar effecten van het opgezette zorgpad reanimatie en naar cardiale belastbaarheid bij cognitieve problemen na reanimatie
- Eerstelijns CVA-netwerken, Onderzoek naar structuur, proces en uitkomsten van eerstelijns CVA-netwerken
- Patiënt activatie na longrevalidatie: Verandering in patiëntactivatie na longrevalidatie (de “PAM-studie”)
- PRACTISS, Longrevalidatie bij astma en COPD: onderzoek naar (kosten)effectiviteit van gecontinueerde ondersteuning van zelfmanagement via internet
- Toegevoegde waarde revalidatie-behandeling: Onderzoek naar behandelresultaten, kwaliteit van leven en kosten van de revalidatiebehandeling
- Cerebrale Parese (CP): Onderzoek naar impact van CP op familie
- Onderzoek naar de behandelresultaten en effecten van DCD-behandeling
- Chronische pijnpatiënten: Onderzoek naar (lange termijn) behandelresultaten bij chronische pijnpatiënten

Deze onderzoeken hebben geleid tot verschillende wetenschappelijke publicaties van stafleden en voordrachten op symposia. Daarnaast participeren stafleden van het RRC in wetenschappelijk onderzoek van andere centra, zoals in onderzoek naar longrevalidatie met medicatieregimes en educatiemodules, onderzoek naar participatie van kinderen na NAH en onderzoek naar het bevorderen van samen beslissen in de CVA.

Management en zorglogistiek

De sectorartsen (drs. H.E. van Exel, dr. D.M. Oosterveer en drs. M. Ellenbroek-Hardenberg) zijn aangesteld en zijn de vertegenwoordiging van de Medische Staf op tactisch niveau.

Zij hebben zich o.a. beziggehouden met het Medisch beleidsplan, productie, Convenant Veilige Toepassing van Medische Technologie en het vormgeven van de functie sectorarts.

De evaluatie van de zorgpaden NAH vond plaats. Het werkboek Zorglogistiek voor Team Schoolgaande Jeugd is vastgesteld, werkwijze en afstemming met mytyschool De Thermiek is veranderd, dit project is in 2017 afgesloten. Witte jassen voor de artsen zijn beschikbaar gekomen.

Het Reglement Medische Staf, Overeenkomst Medische Staf – Raad van Bestuur, het Reglement Mogelijk Disfunctionerend Medisch Specialist en het Reglement Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS) zijn goed gekeurd. Drie gespreksleiders voor de IFMS zijn geschoold en de eerste gesprekken vonden plaats.

Fusie

Er is een goede samenwerking tot stand gekomen tussen de stafbesturen van het RRC en Sophia Revalidatie. Er is meegedacht in het voortraject ten aanzien van het vormgeven van de fusie organisatie en de aanzet naar de bijbehorende adviesaanvragen.

Gezamenlijke overleggen met de Raad van Bestuur zijn opgestart. Onder andere werd een eerste aanzet gemaakt richting afspraken over de BOE. Deze overleggen lopen door in 2018. Daarnaast zijn de positie van de Medische Staf in de fusie organisatie en de patiënt centraal meerdere malen onderwerp van gesprek geweest.

Besluiten Medische Staf vergaderingen

1. De Medische Staf adviseert positief ten aanzien van de tijdelijke benoeming van M. Klazen als klachtenbemiddelaar.
2. De Medische Staf gaat akkoord met het bijwonen als toehoorder van alle laatste jaars AIOS-en.
3. De Medische Staf denkt mee welke doelgroepen in aanmerking kunnen komen voor participatie in het project 1,5 lijnszorg. De Staf adviseert ook positief ten aanzien van het project onder voorbehoud van de definitieve uitwerking.
4. De Medische Staf adviseert positief ten aanzien van het behandelprogramma Astma met de volgende aanvullingen:
 - o Verschil tussen astma en astma als onderdeel COPD benoemen
 - o Stafarts wijzigen in basisarts
5. De Medische Staf adviseert positief ten aanzien van het behandelprogramma NMA met de volgende aanvullingen:
 - o Bij pagina 7 ketenpartners ook de medisch specialisten VR benoemen.
6. De Medische Staf gaat akkoord met het vaststellen van de behandelprogramma's in één sector als dit BP maar in 1 sector wordt gebruikt door sectormanager en sectorarts. De Medische Staf en het MT ontvangen het BP ter informatie. Wel verzoekt de Medische Staf om voordat het BP naar de sectorarts wordt gezonden het BP door minstens één medisch specialist te laten toetsen.
7. De Medische Staf adviseert positief ten aanzien van het uitbraakprotocol met verzoek een aanvulling op pagina 7 punt 9.1.3 informeren medisch specialist/arts bij wachtdiensten over uitbraak c.q. dreigende uitbraak.
8. De Medische Staf adviseert positief ten aanzien van het opheffen van de bibliotheekcommissie. F. van Vree en M. Rotteveel zullen gezamenlijk de taken van de commissie oppakken en zo nodig bij specifieke vragen vanuit de sectoren terugkoppelen via de sectorartsen.
9. Met betrekking tot professionalisering/scholing Medische Staf wordt besloten om scholing apart te organiseren stafbestuur/sectorartsen en Medische Staf. Basisscholing, die incompany wordt georganiseerd zal wel gezamenlijk plaatsvinden.

Bespreekpunten:

- Commissies: MIP, geneesmiddelencommissie, kwaliteitscommissie, materialencommissie, IPC, cie BMZ
- Fusie RRC en SR (standaard agendapunt)
- Afwezigheidslijst (standaard agendapunt)
- Advies klachtenregeling RRC
- Concept medisch beleidsplan
- Opzet complicatieregister
- Medische technologie (presentatie)
- Protocollen: Astmaprotocol en NMA
- TRS
- 1,5 lijnszorg
- Opleidingsplan
- Refereeravond (invulling door RRC)
- Wachtdiensten RRC

- Presentatie evaluatie pilot oncologische revalidatie
- Informatie patiënten

Besluiten Medische Staf met Raad van Bestuur 2017

1. De medische staf gaat akkoord met de intentie om aan te sluiten bij Zorgdomein. Een offerte van Sleutelnet met betrekking tot Zorgdomein wordt opgevraagd. Zorgdomein is niet alleen essentieel voor MSR, maar ook voor 1,5 lijnspraktijk.
2. De Medische Staf gaat akkoord met het dragen van witte jassen door alle artsen van het RRC zowel in klinische als poliklinische setting met de voorwaarden dat de logistiek rondom het ophalen en wegbrengen van de jassen goed geregeld wordt. Tevens wordt verzocht om de locatie Alphen ook te betrekken bij de regeling.
3. De Medische Staf gaat akkoord met de presentatie Doorontwikkeling EBP/Klinimetricie aan de teams.
4. De Medische Staf gaat akkoord met het Reglement Medische Staf.
5. De Medische Staf gaat akkoord met het Reglement Mogelijk Disfunctionerend Medisch Specialist.
6. De Medische Staf gaat akkoord met het Reglement Individueel Functioneren Medisch Specialist
7. De Medische Staf adviseert positief met de vergoedingsregeling AMS met voorbehoud van de genoemde opmerkingen.
8. De Medisch adviseert positief ten aanzien van het behandelprogramma KOLK.

Besproken onderwerpen

- Evaluatie psychiater GGZ
- Fusie RRC en SR (standaard geagendeerd)
- Samenwerking op het gebied van MSR in de Leidse regio
- Evaluatie schoenmaker
- Medisch specialisten: project transparante, doelmatige en duurzame inzet medische specialisten, werken buiten reguliere werktijden; evaluatie ondersteuning 0-meting oktober 2017, BOE, reglement medische staf, reglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist, reglement individueel functioneren medisch specialist, sectorarts.
- Notitie zorgcoördinator
- Patiënten met een migratie achtergrond, minder – en laaggeletterden
- Flexibele inzet personeel
- Klinische gangbeeldanalyse
- Stand van zaken landelijke behandelmodules
- Supervisietijd ANIOS
- Evaluatie strategisch beleid 2013-2016
- Oncologische revalidatie
- Behandelprogramma KOLK

Geplande activiteiten in 2018

Algemeen

Het jaar 2018 zal in het teken staan van de fusie met Sophia Revalidatie. De medische staf zal de adviesaanvragen betreffende de fusie kritisch lezen en hierover adviseren. Daarnaast zal een gezamenlijk medisch beleidsplan worden opgesteld met Sophia Revalidatie. Bovendien is een belangrijk onderwerp voor de medische staf hoe we ons gaan organiseren met ong. 50 medisch specialisten en hoe de samenwerking optimaal kan gaan verlopen.

Patiëntenzorg

Per april wordt een evidence based methodiek t.a.v. armhandtraining, genaamd CARAS, ingevoerd. Naar aanleiding van de evaluatie zorgpaden NAH in 2017 worden de zorgpaden bijgesteld en wordt CARAS hierin meegenomen. Gezamenlijk met Sophia Revalidatie zullen de eerste behandelprogramma's geschreven worden (o.a. NAH en MS). Netwerken blijft voor de medische staf een belangrijk aandachtspunt. T.a.v. netwerkgeneeskunde is specifiek aandacht voor de Transmuralis CVA keten en het optimaliseren van inzet en zichtbaarheid van de revalidatie in het Alrijne Ziekenhuis. Het complicatieformulier in het R-EPD moet operatief worden en de afdeling hart-longrevalidatie gaat als laatste over op het R-EPD.

Onderwijs en wetenschap

De pilot rondom de EPA's (Entrustable Professional Activities) zal worden geëvalueerd. Er wordt op proef een kortdurende zorgstage voor tweedejaars klinische technologie studenten uit Delft aangeboden. De onderzoekscommissies van het Rijnlands Revalidatie Centrum en Sophia Revalidatie fuseren tot 1 gezamenlijke onderzoekscommissie. We zullen o.a. participeren in het vervolg van de TREFAMS (behandeling van vermoeidheid bij MS) en Net-QuRe (follow-up van neurotrauma-patiënten).

Management en zorglogistiek

Het beveiligd e-mailen via Zivver wordt ingevoerd. Er worden gezamenlijk met Sophia Revalidatie afspraken gemaakt met de Raad van Bestuur betreffende de Budget Organisatorische Eenheden (BOE).

2.7 Verslag Raad van Toezicht

De Raad van Toezicht is het toezichthoudend orgaan van het Rijnlands Revalidatie Centrum. De raad houdt integraal toezicht op de organisatie en bewaakt de doelstelling van de maatschappelijke onderneming die het Rijnlands Revalidatie Centrum is. De raad hanteert de Zorgbrede Governance Code als richtlijn voor zijn werkwijze.

Ter voorbereiding van de besluitvorming zijn binnen de Raad van Toezicht drie vaste commissies ingesteld: de remuneratie-, de financiële audit- en de kwaliteitscommissie. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn beschreven in het Reglement van de raad van toezicht.

Het jaar 2017 stond in het teken van de voorgenomen fusie met Sophia Revalidatie in Den Haag. Het waarborgen van de kwaliteit en toegankelijkheid van de medisch specialistische revalidatie en het verminderen van de (financiële) kwetsbaarheid is de reden voor de fusie. Verschillende malen is overleg gevoerd tussen een delegatie van de Raad van Toezicht, vertegenwoordigers van de raad van commissarissen van Sophia Revalidatie en de bestuurders van beide instellingen. Ook met de interne adviesorganen van het Rijnlands Revalidatie Centrum heeft de raad van toezicht meer malen gesproken over de voorgenomen fusie.

Na verkregen toestemming van zowel NZa als ACM heeft de Raad van Toezicht in de vergadering van 25 september 2017 definitief besloten tot goedkeuring van de bestuurlijke fusie van het Rijnlands Revalidatie Centrum en Sophia Revalidatie per 1 oktober 2017. In

dezelfde vergadering is de samenstelling van de nieuwe, gezamenlijke Raad van Toezicht (per 1 oktober 2017), het nieuwe bestuur en de benodigde statutenwijziging goedgekeurd. In een parallelle vergadering op hetzelfde tijdstip is de Raad van Commissarissen van Sophia Revalidatie tot dezelfde besluitvorming gekomen.

De Raad van Toezicht van het Rijnlands Revalidatie Centrum heeft zich daarmee ook per 1 oktober 2017 opgeheven en zijn taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden overgedragen aan de nieuw samengestelde Raad van Toezicht van de bestuurlijk gefuseerde instellingen Rijnlands Revalidatie Centrum en Sophia Revalidatie.

De Raad van Toezicht heeft ook per 1 oktober 2017 afscheid genomen van drie leden, de heren De Groot, Bours en Wormer. De organisatie is hen veel dank verschuldigd voor hun inzet voor het Rijnlands Revalidatie Centrum. De heren Verhage en Lamping zijn lid geworden van de nieuwe Raad van Toezicht. De bestuurders van beide instellingen vormen vanaf 1 oktober 2017 het gezamenlijke bestuur.

Naast de fusie is in het kader van toezicht en advies in de raad (tot 1 oktober 2017) het volgende gepasseerd.

De jaarrekening 2016 (met een positief resultaat van € 550.000) is goedgekeurd. En ten aanzien van de halfjaar cijfers 2017 heeft de raad tot zijn tevredenheid vastgesteld dat de financiële situatie zich positief blijft ontwikkelen. Daarmee heeft het Rijnlands Revalidatie Centrum de financiële dip van 2014/2015 definitief achter zich gelaten.

De rapportage over het medewerkerstevredenheidsonderzoek en de uitkomst van patiëntenervaringen is besproken, evenals de terugkoppeling van de remuneratiecommissie van het jaargesprek met de bestuurder.

Ook is aan de orde geweest de verkoop van de certificaten VIR, de leverancier van het patiënteninformatiesysteem.

Tot slot spreekt de Raad van Toezicht van het Rijnlands Revalidatie Centrum zijn waardering uit over de inzet en zorgverlening van zowel de medewerkers als het bestuur: Alles ten behoeve van de patiënten die noodzakelijkerwijs op het Centrum zijn aangewezen!

Daarnaast spreekt de raad zijn vertrouwen uit in de toekomst die beide revalidatiecentra als gezamenlijke zorginstelling tegemoet gaat.

Overzicht van hoofd- en nevenfuncties van de leden van de Raad van Toezicht

<i>De heer P. Bours, MBA</i>	
Functie in de Raad van Toezicht	Lid, lid kwaliteitscommissie
Woonplaats	Vortum-Mullem
Hoofdfunctie	Pabo Management & Advies; Senior adviseur/Relatiemanager Noordhoff BV
Datum eerste benoeming	01-01-2009
Einde lopende zittingstermijn	01-01-2021
Nevenfunctie(s)	Lid Opleidingsadviesraad Master in Management & Innovatie (Hogeschool Arnhem en Nijmegen);

	Lid Opleidingsadviesraad Master Bedrijfskunde in Zorg & Dienstverlening (Hogeschool Arnhem en Nijmegen).
<i>De heer mr. G.R.J. de Groot</i>	
Functie in de Raad van Toezicht	Lid
Woonplaats	Sassenheim
Hoofdfunctie	Zelfstandig consultant in de zorgsector
Datum eerste benoeming	25-04-2016
Einde lopende zittingstermijn	25-04-2020
Nevenfunctie(s)	<ul style="list-style-type: none"> - raadsheer-plv., Gerechtshof 's-Hertogenbosch - lid Hof van Discipline - lid redactie Gezondheidszorg Jurisprudentie - lid redactie ZIP (Tijdschrift Zorg & recht In Praktijk) - lid Raad van Toezicht Haaglanden Medisch Centrum - lid Raad van Toezicht Rijnlands Revalidatie Centrum - lid Raad van Toezicht Centrale Huisartsenposten Rijnmond - zelfstandig consultant gezondheidszorg
<i>De heer drs. A.J. Lamping</i>	
Functie in de Raad van Toezicht	Voorzitter, lid remuneratiecommissie, lid auditcommissie
Woonplaats	Oegstgeest
Hoofdfunctie	Zelfstandig adviseur
Datum eerste benoeming	01-01-2013
Einde lopende zittingstermijn	01-01-2021
Nevenfunctie(s)	Voorzitter Raad van Toezicht Zorggroep Katwijk; Voorzitter Raad van Commissarissen Zorggroep Haarlemmermeer Ketenzorg.
<i>De heer P.M. Wormer, arts MBA</i>	
Functie in de Raad van Toezicht	Vice-voorzitter, lid remuneratiecommissie, lid kwaliteitscommissie
Woonplaats	Leiden
Hoofdfunctie	Management consultant en project/interim manager; Bestuur Gezondheidscentrum Lombok, Utrecht (tot 1 juni 2016).
Datum eerste benoeming	01-01-2009
Einde lopende zittingstermijn	01-01-2021
Nevenfunctie(s)	Voorzitter Raad van Toezicht Stichting Vrije Scholen Zuid West Nederland (tot 31 dec 2016); Voorzitter Raad van Toezicht Stichting De Binnenvest.
<i>De heer mr. P.J. Verhage</i>	
Functie in de Raad van Toezicht	Lid, lid auditcommissie
Woonplaats	Den Haag
Hoofdfunctie	Ondernemersadviseur
Datum eerste benoeming	01-06-2011
Einde lopende zittingstermijn	01-06-2019

Nevenfunctie(s)	-
-----------------	---

3 Algemeen beleid

3.1 RRC-breed beleid

In 2017 is RRC breed aandacht besteed aan:

- a. Fusie met Sophia Revalidatie: opstellen van missie en visie van de nieuwe organisatie
- b. Evaluatie strategisch beleid. Enkele doelstellingen zijn behaald. Met het zicht op de fusie lopen een paar doelstellingen nog door: vergroten zichtbaarheid in de keten, doelmatige zorg, verdere uitrol effectmetingen
- c. Opstellen medisch beleidsplan
- d. Invoering landelijke modules voor bekostiging
- e. Vaststellen coresets voor effectevaluaties
- f. Invoeren Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg
Dit heeft geleid tot een herziening van de klachtenregeling in afstemming met Cliëntenraad en een aangepaste meldcode huiselijk geweld.
- g. Voorbereidingen op invoering Algemene Verordening Gegevensbescherming gericht op meldplicht datalekken en bewustwording bij medewerkers
- h. Wetenschappelijk onderzoek naar samenwerking met de eerste lijn op het gebied van de CVA-zorg.
- i. Business case voor anderhalve lijnszorg.
- j. HKZ en VMS-certificering

Resultaten op prestatie-indicatoren 2017

- a. De wachttijd voor consulten, klinische behandeling en poliklinische behandeling is voor 80% van de patiënten onder of gelijk aan de Treeknorm.
Resultaat: Dit streefgetal is alleen voor de klinische patiënten gehaald.
- b. Het rapportcijfer dat patiënten geven aan de verleende zorg is gelijk aan of boven het landelijk gemiddelde van dit rapportcijfer
Rapportcijfer RRC 2017: 8.6 Benchmark: 8.4
Resultaat: doelstelling 2017 gehaald.
- c. Ieder behandelprogramma bevat tenminste 2 uitkomstmaten met daarbij een smart geformuleerde (liefst op literatuur gebaseerd) streefwaarde van verbetering.
Resultaat: doelstelling gehaald
- d. Het verzuimpercentage is onder of gelijk aan 3,75%
Resultaat: Het verzuim bedroeg over 2017 4,16% (wel onder het branche gemiddelde).
- e. De meldingsfrequentie van verzuim ligt lager of op niveau van de branche algemene Ziekenhuizen (1,1)
Resultaat: De meldingsfrequentie was 1,16 (voor de branche was dat 1,13). Dit is een sterke verbetering t.o.v. het jaar ervoor. Dit wijst erop dat het beleid gedragsmatige aanpak verzuim werkt.
- f. De uitputting van het budget verloopt conform de materiële en personele begroting.
Resultaat: doelstelling 2017 gehaald

- g. Norm voor patiëntgerichte tijd is 85% voor therapeuten. Voor medisch specialisten geldt voor de directe tijd: 35% van de netto beschikbare tijd¹ en voor arts assistenten 40 à 45%.
Resultaat: De patiëntgerichte tijd van behandelaren bedroeg in 2017 83,3%, voor medisch specialisten 35% en voor arts-assistenten 31%.
- h. 66% van totale arbeidstijd therapeuten moet declarabel zijn
Resultaat: Het percentage declarabele tijd bedroeg 62,8%
- i. Alle documenten in Watson zijn actueel.
Resultaat: 32% is over de vervaldatum

3.2 Realisatie beleid organisatieonderdelen

Sectoren en afdelingen hebben de kaders uit de Kaderbrief 2017 vertaald naar hun eigen jaarplannen. Hieronder een kort verslag.

Sector Kinderrevalidatie

In 2017 zijn verschillende acties ondernomen om de behandelprocessen, deskundigheid van het personeel, de veiligheid en patiënttevredenheid te verbeteren.

De module belasting en belastbaarheid is ontworpen en geïmplementeerd. Deze module wordt diagnose overstijgend ingezet. Er heeft een informatiebijeenkomst voor kinder- en huisartsen, behandelaren uit de 1^e lijn en andere samenwerkingspartners plaatsgevonden om bekendheid aan dit nieuwe product te geven. De jaarlijkse DCD netwerkbijeenkomst heeft plaatsgevonden in het najaar. Het werkboek Zorglogistiek is vastgesteld, werkwijze en afstemming met mytyschool De Thermiek is veranderd, dit project is in 2017 afgesloten.

Het behandelprogramma Neuromusculaire Aandoeningen werd vastgesteld. Het behandelprogramma Vroegbehandeling is opgesteld en geïmplementeerd.

Diverse modules zijn geëvalueerd en zo nodig bijgesteld en men is gestart met de ontwikkeling van de module Act/Mindfulness.

De diagnostische mogelijkheden van het gebruik van de loopband bij een gangbeeldanalyse zijn verder door ontwikkeld.

In het kader van implementatie van de CP richtlijnen zijn de knowledge brokers gestart met het project 'gedrag en leren' en het project 'ouderinformatie'.

Op het gebied van veiligheid is er in werkoverleggen en veiligheidsronden aandacht besteed aan de vernieuwde protocollen over hygiënemaatregelen en het voorkomen van datalekken. Ook is de benodigde en beschikbare deskundigheid van risicovolle apparatuur inzichtelijk gemaakt.

Er is een waardenstroomanalyse gemaakt van de teamcyclus en er worden op basis van deze verbeteracties uitgezet, tezamen met het medisch secretariaat.

De revalidatieartsen hebben contacten onderhouden met partners uit de keten, zoals Curium en Rivierduinen om samenwerking en verwijzingen optimaal te laten verlopen.

¹ Exclusief gelabelde tijd

Sector Volwassenenrevalidatie 1

In 2017 zijn verschillende acties ondernomen om de behandelprocessen, deskundigheid van het personeel, de veiligheid en patiënttevredenheid te verbeteren. Er zijn (concept)behandelprogramma's beschreven voor artherosclerose (HR), Astma (LR) en Oncologische revalidatie die voldoen aan de landelijke richtlijnen en waarbij ook aandacht is besteed aan doelmatige inzet van middelen. Diverse protocollen zijn geëvalueerd en zo nodig bijgesteld zoals het traject van de patiënt bij Ablatie (HR), ademhalings- en ontspanningsprotocol (HR) en de screening, behandeling en evaluatie van de psychologische behandelingen bij hartpatiënten (HR) en de module kies-een-knie(ortho).

Op de locatie Alphen a/d Rijn is men gestart met het aanbieden van eHealth modules bij CVA patiënten. Verder hebben de EBP-ers op de diverse teams het EBP denken en toe-passen meer op de agenda gezet. Om beter zicht te krijgen op de patiënttevredenheid is bij het team hartrevalidatie en bij het team op locatie Alphen a/d Rijn het instrument Kompas Patiëntgerichtheid ingezet. De hieruit voortkomende verbeteracties worden in 2018 verder uitgewerkt.

Op het gebied van veiligheid is er in werkoverleggen en veiligheidsronden aandacht be-steed aan de vernieuwede protocollen over hygiënemaatregelen en het voorkomen van da-talekken. Ook is de benodigde en beschikbare deskundigheid van risicovolle apparatuur inzichtelijk gemaakt.

Om continuïteit en kwaliteit bij wisselingen van personeel te waarborgen is het inwerk programma voor fysiotherapeuten(HR), maatschappelijk werk(HR), medewerkers functie kamer aangescherpt. Het flexibel inzetten van personeel heeft meer vorm gegeven. Zo is er is bij krapte en piekmomenten uitgewisseld tussen long- en hartrevalidatie, en tussen pijn-, ortho- en algemene revalidatie Alphen.

De medisch specialisten hebben hun zichtbaarheid in de ziekenhuizen en bij huisartsen vergroot door werkbezoeken, deelnamen aan MDO's en het uitvoeren van consulten. In samenwerking met ziekenhuis Alrijne is de revalidatiezorg van de locatie Alphen a/d Rijn gepubliceerd op Zorgdomein. Dit heeft de aanmeldingen voor de huisartsen vereenvoudigd en hiermee de instroom van patiënten voor de algemene- en pijnrevalidatie vergroot.

Sector Volwassenenrevalidatie 2

Veel aandacht is uitgegaan naar de grootste doelgroep NAH/CVA. Intern is het Behandel-programma NAH bijgesteld. Vanwege de vertraging in het uitkomen van de nieuwe richtlijn zal dit concept in 2017 definitief worden. Voor de klinische patiënten zijn zorgpaden ontwik-keld voor zowel de klinische als de poliklinische fase van hun behandeling. Deze zullen hal-verwege 2017 geëvalueerd worden. Om patiënten én hun naasten beter voor te bereiden op ontslag naar huis na de klinische fase is door de Knowledge Brokers het Toekomstbe-raad ontwikkeld. Na de pilotfase zal in 2017 dit een vervolg krijgen.

Regionaal is de CVA keten, binnen het samenwerkingsverband van Transmuralis, verder ontwikkeld: gestructureerde bespreking van casuïstiek en knelpunten in de keten,

gezamenlijk vorm geven aan de Dag van de Beroerte, Kijkje in de Keten en netwerkvonden en verbetering van de triage.

Tenslotte wordt er onderzoek gedaan eerstelijns netwerken CVA (landelijk) en wordt de eigen regio in kaart gebracht.

Daarnaast is een start gemaakt met het behandelprogramma NMA. In 2017 wordt dat vervolgd en afgerond. Ook voor de NMA patiënten zijn zorgpaden ontwikkeld. In 2017 wordt gestart met een pilot.

Rondom MS patiënten is de samenwerking met Alrijne gezocht. Door een gezamenlijk spreekuur met neuroloog, revalidatiearts en MS verpleegkundige worden deze patiënten sneller en beter geholpen.

De eerste stappen op het gebied van E Revalidatie zijn gezet. Ondersteund door het landelijk project is er inmiddels één applicatie geïmplementeerd.

Gestart is met de opzet van een zit adviesteam. In eerste instantie door specifieke scholing, het gebruik van een zogenaamde zitdrukmatmeter en de ontwikkeling van een aantal modules. In 2017 wordt dit vervolgd, ook in afstemming met Sophia Revalidatie, door een zit adviesteam in te richten.

Er is een Medewerkerstevredenheidsonderzoek (MTO) uitgevoerd. De uitkomsten zijn met de teams gedeeld. Verbeterplannen worden grotendeels in 2017 opgepakt. Naar aanleiding van interne audits en de veiligheidsronde zijn diverse verbeterpunten opgepakt.

4 Personeelsbeleid

Het Rijnlands Revalidatie Centrum is aangesloten bij het verzuimpeilstation Vernet en levert ten behoeve van branchevergelijkingen per kwartaal verzuimcijfers aan. Het ziekteverzuim is in 2017 licht gedaald van 4,21% naar 4,16%. Dit werd met name veroorzaakt door een hoog verzuim in de eerste twee maanden van 2017. Ten opzichte van de branche zijn de verzuimcijfers lager en daar was sprake van een ziekteverzuim van 4,77%. Het grootste deel van het ziekteverzuim wordt veroorzaakt door het langlopend verzuim (3 maanden tot 1 jaar) waarbij met name medische klachten een belangrijke rol speelden.

Vanaf 2010 is Vernet begonnen met het toekennen van een rapportcijfer (Vernet Health Ranking). Hierbij wordt gebruik gemaakt van een aantal verzuimindicatoren, ieder met een eigen wegingsfactor. De Ranking wordt niet alleen bepaald door de statische informatie van één kalenderjaar, ook de dynamische veranderingen tussen twee opeenvolgende kalenderjaren dragen bij aan de eindscore. Het Rijnlands Revalidatie Centrum scoorde over 2017 een 6,8 (2016: 7,0).

Per 1 januari 2014 is het financieringsstelsel van de Ziektewet aangepast. Wanneer een werknemer ziek uit dienst gaat zijn zowel de kosten van de Ziektewet als de WGA-uitkering voor rekening van de werkgever. De Ziektewet en WGA-uitkering kunnen ook aan de werkgever worden toegerekend als een ex-werknemer ziek wordt binnen vier weken nadat deze bij de werkgever uit dienst is gegaan. Het RRC betaalt deze kosten via een gedifferentieerde premie aan de Belastingdienst. Afhankelijk van de hoogte van de gedifferentieerde premie kan het (financieel) interessant zijn om eigen risicodragers te worden.

Na aanvullend onderzoek in 2016 door het bureau Mandema & Partners is besloten om met ingang van 1 januari 2017 eigen risicodragers te worden. Hiermee heeft de ondernemingsraad ingestemd.

In het kader van de Zorgverzekeringswet heeft het Rijnlands Revalidatie Centrum drie collectieve contracten afgesloten. Naast de bestaande collectieve verzekering, voortvloeiend uit de CAO, met het IZZ is met de regionale zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid een overeenkomst afgesloten waarbij de korting voor zowel de basisverzekering als de aanvullende verzekeringen 10% bedraagt. Ook is een overeenkomst gesloten met het Zilveren Kruis waarbij de korting voor de basisverzekering 5% en de korting op de aanvullende verzekering 10% bedraagt.

Het Rijnlands Revalidatie Centrum is een kennisorganisatie, de medewerkers vormen het kapitaal. Het waarborgen van de kwaliteit van zorg staat voorop. Dat betekent dat planmatig wordt geïnvesteerd in de opleiding en de bijscholing van medewerkers, zodat de kwalificaties van de medewerkers blijven voldoen aan de vraag van de patiënt.

Vanaf 2014 is voor 4 jaar een subsidie beschikbaar gekomen vanuit het Ministerie van VWS voor een kwaliteitsimpuls in de opleidingen (overigens opgebracht door de sector Cure zelf doordat kortingen op het budget in het verleden hiervoor aangewend zijn). De subsidie bedroeg in 2017 € 180.000,- (2016: € 188.000,-). Ook is in de CAO Ziekenhuizen afgesproken dat minimaal 3% van de loonkosten jaarlijks besteed zal worden aan opleidingen (inclusief verletkosten). Jaarlijks legt het Rijnlands Revalidatie Centrum verantwoording af over de ontvangen subsidie. De subsidieregeling is inmiddels verlengd tot en met 2021.

In 2017 bedroegen de opleidingskosten € 222.344,- wat neerkomt op € 803,- per fulltimer (exclusief gedeerde uren).

Met betrekking tot de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen heeft het Rijnlands Revalidatie Centrum de van toepassing zijnde beleidsregels gehanteerd. Voor een toelichting wordt verwezen naar datgene wat in de jaarrekening is opgenomen.

Voor de bezoldiging van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht wordt verwezen naar datgene wat in de jaarrekening is opgenomen.

5 Financieel beleid

Gang van zaken gedurende het boekjaar en toestand per balansdatum

Met ingang van 2012 is een groot aantal wijzigingen in de wet- en regelgeving rondom de omzetverantwoording van kracht geworden. Door de invoering van de DOT-systematiek en de aard van de (schadelast) afspraken met verzekeraars is de omzetbepaling van 2017 een complexe materie. De omzetbepaling 2017 is afhankelijk van:

- omzet prestatiebekostiging in boekjaar 2017
- macrobeheersinstrument
- schadelastafspraken over schadelastjaar 2017 en over schadelastjaar 2016

Over het tweede genoemde aspect valt op te merken dat het aan valide gegevens ontbreekt om een betrouwbare inschatting te maken of en in welke mate het macrobeheersinstrument ingezet zal worden. Het is daarom niet mogelijk om in de jaarrekening 2017 hiervoor een voorziening op te nemen gegeven de reguliere verslaggevingseisen rondom voorzieningen.

Ook in 2017 heeft de focus met name gelegen op het monitoren van de DBC's, de instroom en de klinische bezetting. Het resultaat hiervan waren iets hogere kosten (+1,2%) en een verhoging van de DBC-omzet. De klinische bezetting is in 2017 licht gedaald van 94,7% naar 94,3%.

De DBC-omzet is in 2017 gestegen van € 22,1 miljoen naar € 22,5 miljoen. De stijging bedroeg in het verslagjaar 1,6% (2016: 9,3%)

Als gevolg van het oversluiten van bestaande leningen en het aantrekken van een nieuwe lening in 2015 zijn de rentelasten in 2017 verder gedaald (€ 367.114,- in 2017 tegen € 393.008,- in 2016).

De totale bedrijfsopbrengsten van het Rijnlands Revalidatie Centrum zijn in 2017 gestegen van € 24,5 miljoen naar € 25,0 miljoen.

Het genormaliseerde bedrijfsresultaat was in 2017 € 0,47 miljoen positief (2016: € 0,56 miljoen). Voor 2018 is een begroting met een overschot van € 0,19 miljoen vastgesteld en goedgekeurd.

Financiële instrumenten

Het Rijnlands Revalidatie Centrum heeft haar beleid inzake financiële instrumenten vorm gegeven door middel van een Treasury Statuut. Hierin is onder meer aangegeven dat het gebruik van afgeleide financiële instrumenten zoals rentederivaten in principe niet is

toegestaan. In 2012 heeft de Raad van Toezicht éénmalig toestemming gegeven om, in het kader van de financiering van de geplande nieuwbouw en verbouw, eventueel gebruik te maken van afgeleide financiële instrumenten. Bij het afsluiten van de leningen ten behoeve van de nieuwbouw en verbouw is hiervan geen gebruik gemaakt.

Het Rijnlands Revalidatie Centrum maakt gebruik van de volgende categorieën financiële instrumenten: Financiële vaste activa, Vorderingen en overlopende activa, Liquide middelen, Langlopende schulden, Kortlopende schulden en overlopende passiva. De financiële instrumenten worden bij de eerste opname verwerkt tegen reële waarde. Indien instrumenten niet zijn gewaardeerd tegen reële waarde met verwerking van waardeveranderingen in de winst- en verliesrekening, maken eventueel direct toerekenbare transactiekosten deel uit van de eerste waardering.

Door het Rijnlands Revalidatie Centrum wordt geen gebruik gemaakt van afgeleide instrumenten zoals rentederivaten.

Kredietrisico

Het Rijnlands Revalidatie Centrum loopt kredietrisico over handels- en overige vorderingen alsmede de liquide middelen. Het maximale kredietrisico bedraagt € 7,5 miljoen en is voor het grootste deel geconcentreerd bij de zorgverzekeraars. Er bestaat een gering risico dat de zorgverzekeraars niet aan hun verplichtingen zullen voldoen. De verplichtingen vloeien voort uit contractuele bepalingen, bovendien zijn zorgverzekeraars zeer solvabele partijen. Tot op heden hebben zij altijd tijdig aan hun betalingsverplichtingen voldaan.

Renterisico

Het beleid van het Rijnlands Revalidatie Centrum is er op gericht om de invloed van bewegingen in de hoogte van de rente de continuïteit van het Rijnlands Revalidatie Centrum niet in gevaar te laten brengen en om zo laag mogelijke rentelasten op vreemd vermogen te realiseren.

Vanwege de lage stand van de rente op de kapitaalmarkten zijn in 2015 alle over te sluiten leningen tegen de maximale rentevast periode aangetrokken.

Met het oversluiten van de leningen voor een bedrag van circa € 18 miljoen heeft het Rijnlands Revalidatie Centrum het renterisico voor een lange reeks van jaren beperkt.

Liquiditeit

De liquiditeit geeft de mate weer, waarin het Rijnlands Revalidatie Centrum in staat is om op korte termijn aan haar direct opeisbare verplichtingen te voldoen. De liquiditeit is in het verslagjaar 2017 verder verbeterd.

Met de huisbankier is, in verband met de liquiditeit, een rekening-courant krediet van € 2 miljoen overeengekomen (ultimo 2016 bedroeg deze faciliteit eveneens € 2 miljoen). Ook in 2018 zal de liquiditeitspositie strak gemonitord moeten worden. Ten behoeve hiervan wordt tweewekelijks een liquiditeitsoverzicht opgesteld met de verwachting voor de komende 13 weken. Daarnaast wordt ieder kwartaal een voortschrijdend jaaroverzicht opgesteld. Op basis van de huidige inschattingen van de liquiditeitsprognose verwacht het Rijnlands Revalidatie Centrum gedurende het gehele jaar 2018 geen beroep te hoeven doen op de rekening courant faciliteit.

De current ratio is een kengetal om de financiële toestand en specifiek de liquiditeit van een bedrijf te meten. Het geeft de mate aan waarin de verschaffers van het kort vreemd vermogen (kortlopende schulden) uit de vlottende activa kunnen worden betaald. Deze wordt

met de volgende formule berekend: vlottende activa (inclusief liquide middelen) gedeeld door de kortlopende schulden. Ultimo 2016 bedroeg de current ratio 2,08. De current ratio is in 2017 gestegen en komt ultimo 2017 uit op 2,45 hetgeen een gezonde waarde is. Daarnaast is de Debt Service Coverage Ratio (DSCR) een kengetal om te beoordelen of er voldoende operationele kasstromen worden gegenereerd voor rente en aflossing. De DSCR ratio wordt berekend door de totale kasstroom uit operationele activiteiten te delen door het totaal aan rente en aflossingen. Ultimo 2016 bedroeg de DSCR 2,08. In 2017 is de DSCR licht gedaald en is uitgekomen op 2,05. De norm voor de DSCR is minimaal 1,1.

Solvabiliteit

De solvabiliteit wordt bij zorginstellingen meestal uitgedrukt door het eigen vermogen als percentage van de bedrijfsopbrengsten te berekenen. Bij de beoordeling van solvabiliteit wordt daarnaast in de regel gebruik gemaakt van de gangbare ratio eigen vermogen als percentage van het totale vermogen.

Het eigen vermogen als percentage van de bedrijfsopbrengsten is gestegen van 22,9% in 2016 naar 25,6% in 2017. Dit percentage ligt ruim boven de eis van 15% die banken en het Waarborgfonds voor de Zorgsector stellen, maar heeft ook in 2018 de bijzondere aandacht. Het eigen vermogen als percentage van het totale vermogen steeg van 17,5% in 2016 naar 19,9% in 2017.

Bijlage 1: Wetenschappelijk publicaties en presentaties in 2017

1 Publicaties

1.1 Internationale, peer-reviewed publicaties

Cross-Cultural Adaptation, Translation, and Validation of the Toronto Extremity Salvage Score for Extremity Bone and Soft Tissue Tumor Patients in Netherlands. Willeumier JJ, van der Wal CWPG, van der Wal RJP, Dijkstra PDS, **Vliet Vlieland TPM**, van de Sande MAJ. *Sarcoma*. 2017;2017:6197525.

Depression is an independent determinant of life satisfaction early after stroke. **Oosterveer DM**, Mishre RR, van Oort A, Bodde K, Aerden LA. *J Rehabil Med*. 2017 Mar 6;49(3):223-227.

Development and psychometric properties of the Hand-Use-at-Home questionnaire to assess amount of affected hand-use in children with unilateral paresis. Geerdink Y, Aarts P, **van der Holst M**, Lindeboom R, Van Der Burg J, Steenbergen B, Geurts AC. *Dev Med Child Neurol*. 2017 Sep;59(9):919-925.

The effectiveness of a de-implementation strategy to reduce low-value blood management techniques in primary hip and knee arthroplasty: a pragmatic cluster-randomized controlled trial. Voorn VMA, Marang-van de Mheen PJ, van der Hout A, Hofstede SN, So-Osman C, van den Akker-van Marle ME, Kaptein AA, Stijnen T, Koopman-van Gemert AWMM, Dahan A, **Vliet Vlieland TPMM**, Nelissen RGHH, van Bodegom-Vos L. *Implement Sci*. 2017 May 30;12(1):72.

Fatigue and its' relationship to physical activity in adolescents and young adults with traumatic brain injury: a cross-sectional study. van Markus-Doornbosch F, Meesters J, Kraaij L, Wolterbeek R, **Vliet Vlieland T**. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017 Apr 14.

Factors Associated With Referral to Secondary Care in Patients With Osteoarthritis of the Hip or Knee After Implementation of a Stepped-Care Strategy. Barten DJ, Smink A, Swinkels IC, Veenhof C, Schers HJ, **Vliet Vlieland T**, de Bakker DH, Dekker J, van den Ende CH. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017 Feb;69(2):216-225.

Feasibility of a multidisciplinary intervention to help cancer patients return to work. Leensen MCJ, **Groeneveld IF**, Rejda T, Groenenboom P, van Berkel S, Brandon T, de Boer AGEM, Frings-Dresen MHW. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017 Apr 25.

Frailty in end-stage hip or knee osteoarthritis: validation of the Groningen Frailty Indicator (GFI) questionnaire. Meessen JMTA, Leichtenberg CS, Tilbury C, Kaptein BL, Koster LA, Slagboom PE, Verdegaal SHM, Onstenk R, van der Linden-van der Zwaag HMJ, Kaptijn H, Vehmeijer SBW, Marijnissen WC, Damen PJ, Nelissen RGHH, **Vliet Vlieland TPM**. *Rheumatol Int*. 2017 Nov 17.

Hospital variation in allogeneic transfusion and extended length of stay in primary elective hip and knee arthroplasty: a cross-sectional study. Voorn VMA, Marang-van de Mheen PJ, van der Hout A, So-Osman C, van den Akker-van Marle ME, Koopman-van Gemert AWMM, Dahan A, **Vliet Vlieland TPM**, Nelissen RGHH, van Bodegom-Vos L; LISBOA study group. *BMJ Open*. 2017 Jul 20;7(7):e014143.

How physical therapists instruct patients with stroke: an observational study on attentional focus during gait rehabilitation after stroke. Kal E, van den Brink H, Houdijk H, van der Kamp J, **Goossens PH**, van Bennekom C, Scherder E. *Disabil Rehabil*. 2017 Feb 24:1-12.

Letter to the editor: Physical activity as an outcome measure for patients with hip or knee osteoarthritis. Gademan MG, **Vliet Vlieland TP**. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017 Feb 24.

Long-Term Outcomes of Multidisciplinary Rehabilitation for Chronic Musculoskeletal Pain. **Volker G, van Vree F**, Wolterbeek R, van Gestel M, Smeets R, Köke A, **Vlieland TV**. *Musculoskeletal Care*. 2017 Mar;15(1):59-68.

The Longer-term Unmet Needs after Stroke Questionnaire: Cross-Cultural Adaptation, Reliability, and Concurrent Validity in a Dutch Population. **Groeneveld IF**, Arwert HJ, **Goossens PH, Vliet Vlieland TPM**. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2018 Jan;27(1):267-275.

No associations between self-reported knee joint instability and radiographic features in knee osteoarthritis patients prior to Total Knee Arthroplasty: A cross-sectional analysis of the Longitudinal Leiden Orthopaedics Outcomes of Osteo-Arthritis study (LOAS) data. Leichtenberg CS, Meesters JJJ, Kroon HM, Verdegaal SHM, Tilbury C, Dekker J, Nelissen RGHH, **Vliet Vlieland TPM**, van der Esch M. *Knee*. 2017 Aug;24(4):816-823.

Not Physical Activity, but Patient Beliefs and Expectations are Associated With Return to Work After Total Knee Arthroplasty. Hoorntje A, Leichtenberg CS, Koenraadt KLM, van Geenen RCI, Kerkhoffs GMMJ, Nelissen RGHH, **Vliet Vlieland TPM**, Kuijjer PPFM. *J Arthroplasty*. 2017 Nov 29. pii: S0883-5403(17)31037-9.

Out-of-hospital cardiac arrest survivors with cognitive impairments have lower exercise capacity. **Boyce LW**, Reinders CC, Volker G, Los E, **van Exel HJ, Vliet Vlieland TPM, Goossens PH**. *Resuscitation*. 2017 Jun;115:90-95.

Outcomes of Pulmonary Rehabilitation After Treatment for Non-Small Cell Lung Cancer Stages I to IIIa: AN OBSERVATIONAL STUDY. **Janssen SM, Abbink JJ**, Lindeboom R, **Vliet Vlieland TP**. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2017 Jan;37(1):65-71.

Participation restrictions among adolescents and adults with neonatal brachial plexus palsy: the patient perspective. **van der Holst M**, Groot J, Steenbeek D, Pondaag W, Nelissen RG, **Vliet Vlieland TP**. *Disabil Rehabil*. 2017 Sep 24:1-9.

The patient perspective on the use of information and communication technologies and e-health in rehabilitation. Wentink MM, Prieto E, de Kloet AJ, **Vliet Vlieland TPM**, Meesters JJJ. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2017 Jul 31:1-6.

Patient reported outcomes of hand function three years after stroke. Arwert H, Schut S, Bonten J, **Vliet Vlieland T**, Meesters J. *Top Stroke Rehabil*. 2017 Oct 12:1-7.

Patients who underwent total hip or knee arthroplasty are more physically active than the general Dutch population. Meessen JM, Peter WF, Wolterbeek R, Cannegieter SC, Tilbury C, Bénard MR, van der Linden HM, Onstenk R, Tordoir R, Vehmeijer SB, Verdegaal SH, Vermeulen HM, Nelissen RG, **Vliet Vlieland TP**. Rheumatol Int. 2017 Feb;37(2):219-227.

Predictors for earlier return to work of cancer patients. Wolvers MDJ, Leensen MCJ, **Groeneveld IF**, Frings-Dresen MHW, De Boer AGEM. J Cancer Surviv. 2017 Oct 26.

Preoperative risk factors for postoperative complications in endoscopic pituitary surgery: a systematic review. Lobatto DJ, de Vries F, Zamanipour Najafabadi AH, Pereira AM, Peul WC, **Vliet Vlieland TPM**, Biermasz NR, van Furth WR. Pituitary. 2017 Sep 15.

Rehabilitation after Cardiac Arrest: Integration of Neurologic and Cardiac Rehabilitation. **Boyce LW, Goossens PH**. Semin Neurol. 2017 Feb;37(1):94-102.

Return to Work 2-5 Years After Stroke: A Cross Sectional Study in a Hospital-Based Population. Arwert HJ, Schults M, Meesters JJJ, Wolterbeek R, Boiten J, **Vliet Vlieland T**. J Occup Rehabil. 2017 Jun;27(2):239-246.

Return to work of cancer patients after a multidisciplinary intervention including occupational counselling and physical exercise in cancer patients: a prospective study in the Netherlands. Leensen MCJ, **Groeneveld IF**, Heide IV, Rejda T, van Veldhoven PLJ, Berkel SV, Snoek A, Harten WV, Frings-Dresen MHW, de Boer AGEM. BMJ Open. 2017 Jun 15;7(6)

Short-Term and Long-Term Outcomes of a Vocational Rehabilitation Program for Patients with Acquired Brain Injury in The Netherlands. **van Dongen CH, Goossens PH, van Zee IE, Verpoort KN, Vliet Vlieland TPM**, van Velzen JM. J Occup Rehabil. 2017 Nov 14.

1.2 Nationale, peer-reviewed publicaties

Zorgproces en patiëntkenmerken in de klinische revalidatie na CVA: veranderingen in de afgelopen 15 jaar? **I.F . Groeneveld, P .H . Goossens, T .P .M . Vliet Vlieland, V .P .M . Schepers, J .M .A . Visser-Meily**, NTR april 2017; 59-63

2 Promoties

Naam	Promotoren	Titel	Datum
Menno van der Holst	Prof.dr. T.P.M. Vliet Vlieland Prof.dr. R.G.H.H. Nelissen	Neonatal brachial plexus palsy Impact throughout the lifespan	20 december 2017

3 Voordrachten extern

3.1 Mondelinge voordrachten

Naam	Titel presentatie	Congres	Datum
L.W. Boyce	Lower exercise capacity related to cognitive impairments in Out-of-hospital cardiac arrest	DCRM 2017 Maastricht	9 en 10 november 2017
M. van der Holst	Healthcare use and information needs of children with neonatal	DCRM 2017 Maastricht	9 en 10 november 2017

Naam	Titel presentatie	Congres	Datum
	brachial plexus palsy: a cross-sectional survey among 465 patients		
LW Boyce	Revalidatie na reanimate	publieksdag hersenstichting, Rotterdam	12 oktober 2017
PH Goossens	the Dutch Experience. Rehabilitation for cardiac arrest survivors and their families	post resuscitation congres, Lund	4-5 sept 2017
D. Overveer	MS en de revalidatiearts	regionale multidisciplinaire refereeravond MS Zorg, Alrijne Leiden	November 2017
H. van Exel	Hartfalen revalidatie	Gastdocent voor de module geriatrie revalidatie bij de opleiding voor specialisten ouderengeneeskunde in Leiden	5 oktober 2017
H. van Exel	Hart en Werk Verantwoorde begeleiding bij re-integratie na een hartincident	NSPOH	28 nov 2017

3.2 Posterpresentaties/ workshops

Naam	Titel presentatie	Congres	Datum
H. van Exel	Met een hartritmestoornis, pacemaker of (acute) cardiale aandoening varen?	Minisymposium Transportgeneeskunde - Beoordelen van cardiale en fysieke belastbaarheid	11 april 2017
T. Vliet Vlieland J. de Graaf, H. Arwert, P. Goossens, J. Borcherts, M. Tjon-A-Tsjien,	Mini-symposium: Care during the chronic phase of recovery after stroke: patients' needs and organization of primary care. <ul style="list-style-type: none"> • Long-term restrictions in participation in stroke survivors under and over 70 years of age • Health care use and needs in chronic stroke patients • Primary care networks in stroke care in The Netherlands • Primary care networks in stroke care in The Netherlands • Long-term secondary stroke prevention in The Netherlands 	DCRM 2017 Maastricht	9 en 10 november 2017
J Borcherts	Primary care networks in stroke care in the Netherlands	DCRM 2017 Maastricht	9 en 10 november 2017
J. Borcherts	Primary care networks in stroke care in the Netherlands	Kennisnetwerk CVA	December 2017
L. Boyce	Screening for cognitive impairments in survivors of out-of-hospital cardiac arrest during their rehabilitation	DCRM 2017 Maastricht	9 en 10 november 2017
I. Groeneveld	The SCORE-study: Practice variation in process and outcomes of	DCRM 2017 Maastricht	9 en 10 november 2017

Naam	Titel presentatie	Congres	Datum
	stroke rehabilitation in two rehabilitation centers in the Netherlands		
L. Boyce en M. Bleecker	Aandacht maakt revalidatie beter, revalidatie maakt aandacht beter	Hersenletselcongres, Ede	6 nov 2017
LW Boyce	Variation in care for patients after out-of-hospital cardiac arrest in The Netherlands	International congress on care after resuscitation. LUND Zweden	4-5 sept 2017
L. Boyce	workshop heart failure: the patients perspective	PhD course Nederlandse Hartstichting, Nijmegen	12 oktober 2017
L. Boyce	Variation in care for patients after out-of-hospital cardiac arrest in The Netherlands	EC of Neurorehabilitation and Neural repair, Maastricht	22-23-24 mei 2017
P. Goossens	Onderwijs aan huisartsen over laatste stand van zaken revalidatie na reanimatie.	Boerhaavecursus Leiden	15-12-2017
P. Goossens	The Dutch experience. Rehabilitation for cardiac arrest survivors and their families.	International congress on care after resuscitation. LUND Zweden	5-9-2017